

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N° 115

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 18 Janvier 1906, à 1 heure

PAR

Alexandre CASTÉLAN

Lauréat de la Faculté de Médecine de Toulouse
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

DU

Traitement rationnel et précoce de l'Avortement incomplet

Président : M. BUDIN, professeur

Juges { *MM. POZZI, professeur*
HARTMANN, agrégé
DEMLIN, agrégé

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs

Anatomie
Physiologie
Physique médicale.....
Chimie organique et Chimie minérale.....
Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....

Pathologie médicale..... }
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

Clinique médicale..... }

Maladies des enfants.....
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale..... }

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchements..... }

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....

M. DEBOVE.
MM.

P. POIRIER
CH. RICHET.
GABRIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD
BOUCHARD
HUTINEL.
BRISAUD.
LANNELONGUE
CORNIL.
MATHIASDUVAL
RECLUS.
POUCHET.
GILBERT.
CHANTEMESSE
BROUARDEL
DEJERINE.
ROGER.

HAYEM
DIEULAFOY.
DEBOVE
LANDOUZY.
GRANCHER.

JOFFROY.
GAUCHER.
RAYMOND
LE DENTU.
TILLAUX.
TERRIER.
BERGER.

DE LAPERSONNE
GUYON.

BUDIN.
PINARD.

POZZI
KIRMISSON.

Agrévés en exercice.

MM.

AUVRAY
BALHAZARD
BRANCA
BEZANÇON
BRINDÉAU
BROCA (ANDRÉ)
CARNOT
CLAUDE
CUNEO
DEMELIN

DESGREZ
DUPRE
DUVAL
FAURE
GOSSET
GOUGET
GUIART
JEANSELME
LABBE
LANGLOIS

LAUNOIS
LEGRY
LEGUEU
LEPAGE
MACAIGNE
MAILLARD
MARION
MAUCLAIRE
MERY
MORESTIN

POTOCKI
PROUST
RENON
RICHAUD
RIEFFEL (chef
des travaux anat.
TEISSIER
THIROLOIX
VAQUEZ
WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance.

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté.

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur.

Au commencement de ce modeste travail, qui, officiellement du moins, marque le terme de nos études médicales, il nous est agréable de remercier les maîtres dont nous avons reçu l'enseignement.

S'il est vrai que l'on garde un souvenir plus vif de ses débuts, ce n'est point pour cette raison que la Faculté de médecine de Toulouse nous a laissé une impression aimable ; ses professeurs, sans doute parce qu'ils ont eu moins d'occasions d'éparpiller leur bienveillance, nous ont laissé croire que l'Université était vraiment une douce mère. Nous leur envoyons l'assurance de notre respectueuse reconnaissance.

A Paris, nous avons eu la bonne fortune de suivre les leçons de M. le professeur Budin ; nous avons été touché de sa sollicitude à inculquer à ses élèves les notions obstétricales et nous avons grandement goûté l'excellence de ses conseils.

De M. le professeur agrégé Monod, auprès duquel nous avons rempli pendant un an les fonctions d'externe, nous pouvons dire qu'il a fait toute notre instruction chirurgicale et qu'il nous a témoigné une indulgence paternelle.

Enfin nous devons à M. le professeur agrégé Doléris le sujet de cette étude ; nous avons fait de larges

emprunts à ses diverses publications et nous avons eu plusieurs fois l'occasion de fatiguer sa patience.

Nous les prions tous d'agréer nos sincères remerciements.

DU

Traitement rationnel et précoce

De l'Avortement incomplet

CHAPITRE I

Opportunité de ce traitement

Nous désirons étudier ici quel est le traitement qu'on peut instituer contre la rétention prolongée des débris de l'œuf après l'avortement.

La plupart des accoucheurs s'accordent à respecter cette rétention et n'interviennent que si elle donne lieu à des complications : hémorragie grave et infection imminente.

Nous pensons avec M. Doléris que cette attente est périlleuse : un traitement même énergique n'est

pas toujours efficace quand les accidents sont confirmés ; si donc l'examen des faits nous montre que ces accidents sont probables ou même inévitables, nous estimons qu'il est prudent et rationnel de vider systématiquement l'utérus dans tous les cas de rétention, afin de les prévenir.

Une première justification nous est fournie par la probabilité de l'affection attachée, dans un grand nombre de cas, à une cause d'avortement d'importance nouvelle ; la provocation criminelle.

Depuis sept ans, le chiffre des avortements s'est élevé brusquement, ainsi qu'en témoigne un article de M. Doléris dans la revue : *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie*, février 1905. Il relève dans les six maternités où la proportion s'est notablement accrue, Charité, Beaujon, Tenon, Lariboisière, Saint-Antoine, Boucicaut, les totaux suivants :

Années	Chiffre des avortements	o/o
1898	376	5,6
1903	1069	14
1904	1341	16

Et il faut tenir compte de ce fait que cette statistique ne comprend pas :

- 1° Les cas soignés à domicile dans la classe aisée ;
- 2° Les cas soignés chez les sages-femmes libres et dans les maisons de santé ;
- 3° Ceux soignés et reconnus dans les services hospitaliers de médecine et de chirurgie ;

4° Ceux dans lesquels la malade n'a reçu aucun soin.

Après des enquêtes minutieuses, M. Doléris croit qu'on peut estimer à 50 o/o la proportion des avortements provoqués.

Voici comment les choses se passent d'ordinaire : Certaines malades, dit-il, se présentent déclarant simplement qu'elles viennent de faire une fausse couche, sans que l'on puisse surprendre avec évidence les phénomènes habituels de l'avortement. Vraisemblablement elles arrivent presque aussitôt qu'elles ont subi les manœuvres abortives. De fait, peu après, leurs prévisions sont justifiées.

D'autres se présentent perdant du sang, en ayant perdu depuis plusieurs jours avant leur arrivée; quelques-unes sont apportées exsangues; les unes et les autres gardent encore dans leur utérus tout ou partie du délivre à un degré variable de putréfaction et ont un mouvement fébrile manifeste.

Trop souvent la mort s'ensuit : tandis que la mortalité est de 0,57 o/o en moyenne pour les avortements spontanés, elle est de 56, 8 o/o pour les avortements criminels, d'après la statistique relevée par M. Maygrier à la Charité. Elle est due à l'absence de précautions antiseptiques pendant la provocation.

Ainsi :

La provocation criminelle est la cause probable de l'accroissement énorme du chiffre des avortements ;

Elle est généralement entachée d'infection et, de

ce fait s'accompagne d'une mortalité élevée et d'une morbidité bien plus élevée encore.

Sauf de rares exceptions, en présence d'un avortement, le médecin connaissant cette étrange mortalité qui règne actuellement au sujet du droit prétendu aux pratiques anticonceptionnelles et aux manœuvres abortives, sera obsédé par la crainte de la septicémie, contre laquelle il ne s'assurera qu'en vidant l'utérus sur le champ.

Un deuxième argument en faveur de l'intervention précoce est le danger que fait courir l'hémorragie toujours présente dans les cas de rétention. Faible, elle anémie par sa répétition ; elle constitue toujours par la possibilité de son apparition brusque et de son abondance un danger constant. C'est pourquoi nous estimons qu'elle constitue toujours une indication d'intervenir, toutes les fois qu'elle est en relation avec la persistance de débris d'œuf.

Enfin, à un point de vue théorique, il semble que l'œuf abortif doive être considérée comme un produit organique, naguère vivant, mais désormais caduc et voué fatalement à l'élimination hors de la cavité utérine. Dès lors il est difficile de comprendre pourquoi, en l'incertitude, où l'on est, de son élimination spontanée, il n'est pas permis de l'évacuer artificiellement, surtout si, comme nous le verrons dans la suite, sa présence est la source de troubles divers pour l'utérus.

Telles sont, en principe, les raisons, que nous invoquons pour agir de la sorte ; nous les discute-

rons plus loin ; mais il nous a paru nécessaire de les énoncer ici à titre de justification.

Il importera, pour recueillir tous les bénéfices de l'intervention de la pratiquer aussitôt que l'indication en sera posée. Or son unique indication est, avons-nous dit, la rétention de parties de l'œuf consécutive à l'acte abortif. Il sera donc nécessaire, alors que l'hémorragie est récente et que l'infection ne s'est pas encore manifestée par l'élévation de la température ou la fétidité des lochies, d'établir :

1° Que l'acte abortif a eu lieu ;

2° Qu'une partie de l'œuf est retenue.

Il sera souvent difficile de faire ce diagnostic d'autant plus délicat, qu'on ne peut guère compter sur la bonne foi de la malade.

Il arrive que des femmes, se sachant enceintes et n'osant se confier aux soins d'avorteuses de profession, cherchent à se faire délivrer par le médecin, qu'elles déterminent à une intervention par des récits mensongers. Elles simulent une fausse couche récente non encore terminée ; elles racontent qu'elles ont été prises à la suite d'une chute de violentes coliques ; qu'elles ont expulsé en même temps de nombreux caillots de sang ; qu'elles en expulsent encore et, pour le prouver, elles vont jusqu'à se barbouiller les cuisses et les organes génitaux de sang pris à une toute autre source.

Avec un excès de confiance, on s'exposera, soit à provoquer un avortement qui n'avait nulle envie de se produire, soit, à consommer un avortement, déjà

commencé, mais que le repos et des lavements laudanisés auraient pu conjurer.

Il sera donc prudent de se faire une opinion par une exploration directe.

L'inspection permettra si la grossesse était assez avancée, d'apercevoir certains signes persistants : pigmentation exagérée de la peau au niveau du front de l'aréole des seins, de la ligne blanche sous-ombilicale, des parties génitales : augmentation de volume des seins, élargissement de l'aréole, saillie des tubercules de Montgomery. On pourra également dans ce cas surprendre une montée laiteuse déterminée par l'avortement, qui, dès lors, ne sera plus douteux. Il sera facile de s'assurer que le linge et les organes génitaux sont tachés de sang.

Par le palper, on s'apercevra que l'utérus encore gros, n'a pas le volume qu'exigerait l'âge présumé de la grossesse, ni la forme voulue par la gravidité ; il est non plus sphérique, mais pyriforme à grosse extrémité supérieure, et, signe important, ses parois ne présentent plus les alternatives de durcissement et de mollesse qu'on observe pendant la grossesse.

Le toucher donnera des notions encore plus précises. Pendant la grossesse, le col garde ses dimensions, sa forme et reste fermé. Pendant l'acte abortif, il s'efface et se dilate juste assez pour permettre l'issue de l'œuf. Après l'acte abortif, s'il y a rétention de parties de l'œuf, il se reforme et se referme en partie tout en restant néanmoins perméable au doigt. Le col et le corps affectent alors la forme d'une tou-

pie dont on aurait arraché le clou. Le doigt pénétrant par l'orifice externe vient au contact de caillots et de débris de placenta ou de membranes.

On pourra, ces constatations faites, les corroborer par l'interrogatoire de la femme, qui devra porter sur les signes de grossesse qu'elle a perçus, les faits qui ont déterminé et accompagné son avortement (chute, effort, traumatisme accidentel ou voulu, et à leur suite, douleurs expulsives, hémorragie, amendement des troubles sympathiques de la grossesse).

Quelquefois, mais rarement, on aura la bonne fortune de voir l'embryon expulsé.

Néanmoins, le diagnostic ne sera complet, que s'il définit exactement le contenu de l'utérus. Dans le cas de grossesse gémellaire ou multiple, on a pu voir l'avortement d'un seul œuf se produire, l'autre restant intact et poursuivant son développement. Le toucher, en ces circonstances exceptionnelles, perçoit un corps adhérent, rond et lisse, produisant une sensation toute particulière.

Dès qu'il sera donc établi que l'utérus ne contient plus que des débris de l'œuf, alors seulement il sera permis d'intervenir sans attendre que l'apparition de l'infection ou la persistance de l'hémorragie en amène l'urgence.

L'étude des faits autorise, croyons-nous, cette ligne de conduite.

CHAPITRE II

Etude de la rétention du délivre après l'avortement.

La rétention du délivre après l'avortement est fréquente : « Il en arrive de même qu'aux fruits qui se détachent et qui tombent d'eux-mêmes de l'arbre quand ils sont mûrs, et qui, au contraire, en sont difficilement séparés lorsqu'ils sont encore verts ; c'est ce qui fait que la femme qui avorte est souvent bien plus difficilement délivrée que celle qui accouche à terme. » (Mauriceau).

Elle est grave : « dans l'avortement l'expulsion du délivre est tout, tandis que celle du fœtus n'est rien. » (Guéniot).

Toutefois la rétention doit être respectée, tant que le muscle utérin n'a pas dit son dernier mot, parce qu'elle est normale, philosophique. Quelquefois à partir du troisième mois, toujours à partir du quatrième, l'avortement se fait en deux temps : expulsion du fœtus d'abord, expulsion des annexes ensuite.

Tandis que dans l'accouchement la délivrance suit de près la sortie de l'enfant, elle est tardive dans l'avortement et cela pour plusieurs raisons : décollement incomplet de l'œuf sur lequel, à cause de son faible volume et de sa plasticité, les contractions utérines, ont peu d'action, faible dilatation du col, qui laisse passer le fœtus mais retient le délivre quatre ou cinq fois plus gros et ne se laisse dilater par lui que très lentement : sans compter les causes d'ordre pathologique : adhérences dues à une maladie de l'œuf ou de la muqueuse utérine, insertion vicieuse du placenta (Rambaud), placenta succenturié (Pinard), irrégularité et intermittence des contractions utérines (Guéniot), trop grande rapidité du travail (Mauriceau et Petit) : déviations utérines.

Le plus souvent les contractions utérines persistent, le col se dilate progressivement, le décollement se complète et le délivre tombe dans le vagin. « Cela demande quelques heures ; une demi-journée, quelquefois deux comme l'accouchement ordinaire d'ailleurs..., mais il n'en est pas toujours ainsi... Il arrive que dans des circonstances assez différentes, les choses se passent autrement. L'œuf met très longtemps à se décoller ; le placenta déformé ne s'engage pas dans le col de l'utérus : on s'aperçoit une fois le liquide amniotique écoulé et le petit fœtus sorti, que le col se referme, emprisonnant l'œuf partiellement ou complètement décollé, avec le sang et les caillots qui l'accompagnent : que les contractions s'arrêtent, que le corps de l'utérus reste mou et flas-

que ; on prévoit avec raison que la chose en va rester là pour le moment, et en effet, tout rentre dans l'ordre, alors pendant un temps très variable : six, huit, quinze jours, un mois, deux mois, six mois quelquefois. »

L'avortement est raté ; la rétention, survivant à l'énergie utérine, ne doit plus être appelée normale, physiologique, pour si faible que soit le nombre d'heures écoulées depuis la sortie du fœtus ; elle mérite le qualificatif de *prolongée, pathologique* et constitue une source possible d'accidents.

Ces accidents sont plus ou moins probables et trois cas peuvent se présenter.

Le placenta a-t-on dit, peut rester adhérent sur tous les points : si les organes génitaux de la femme sont parfaitement aseptiques, il ne se putréfie pas et il finit par être expulsé spontanément. Si nous acceptons ces conditions favorables, qui, nous le verrons plus bas, ne se réalisent guère, le placenta n'en constitue pas moins un corps étranger pour l'utérus, car l'atrophie de ses villosités ne lui permet pas de vivre au sens exact de ce mot.

Il exige le repos de la femme, ce qui n'est pas toujours possible suivant sa position sociale ; des soins de propreté assujettissants ; la surveillance attentive du médecin, qui doit être présent à la moindre alerte ; les médecins de campagne savent jusqu'à quel point cela est possible.

Cette situation n'est pas rassurante pour la femme qui vit sous la menace d'un danger constant et qui

sait qu'elle a à recommencer l'accouchement ; elle est incompréhensible pour le médecin qui, suivant l'opinion courante doit traiter avec respect un simple corps étranger, capable de beaucoup de méfaits et si facile à enlever. Il en est de cela comme d'autres choses : l'habitude finit par consacrer nombre de « noli me tangere » dont la raison n'existe plus ; si autrefois cette intervention à la suite d'accouchement ou d'avortement signifiait septicémie, depuis l'ère antiseptique il n'en est plus ainsi. Dans ce cas est-ce de témérité ou de prudence qu'on peut taxer le traitement préventif ?

D'autres fois, le placenta retenu est complètement décollé ; il est tout entier logé dans la cavité cervicale (avortement cervical de Schröder), où il reste à la faveur du resserrement du col et de l'absence d'énergie contractile du segment inférieur.

Hormis un écoulement noirâtre dû à la désagrégation des caillots produits par le décollement et non expulsés. l'hémorragie n'est pas à redouter ; le corps de l'utérus est revenu sur lui-même, donnant l'impression du globe de sûreté rassurant pour l'accoucheur.

Mais, par contre, la putréfaction en est presque sûre et je suppose toujours que l'antisepsie est bien faite, pour plusieurs raisons : mortification du placenta, infection de celui-ci par les saprophytes du col.

Sur 322 cas d'avortement Varnier observe 33 cas de rétention proprement dite : dont 25 accompagnés de septicémie.

Enfin, le plus souvent, le délivre est en partie adhérent et en partie décollé ; aux dangers de putréfaction de ses parties décollées s'ajoutent ceux constants de l'hémorragie, dont on observe plusieurs degrés suivant l'importance du décollement.

Je ne parle pas de l'hémorragie grave, qui constitue pour tout le monde une indication de vider immédiatement l'utérus. Mais elle peut être faible et intermittente : à propos d'un état congestif dû à un faux travail, à un accident quelconque, l'utérus saigne. La femme peut ainsi perdre par à-coup beaucoup de sang.

Mais elle peut être insignifiante et consister en un écoulement à peine sanguinolent ou stillicidium, lequel s'il dure plusieurs semaines, amène lui aussi une anémie profonde exigeant de longs mois pour se réparer.

Telles sont les trois modalités principales de la rétention placentaire envisagées sous le bénéfice d'une antisepsie suffisante.

De nombreux accidents lointains résultent de la rétention prolongée.

1^o *Déformations de l'utérus.* — Lorsque le placenta occupe la cavité du col, la forme de la matrice est alors celle d'une poire à grosse extrémité inférieure (col rempli par l'œuf), à parois très amincies, et à petite extrémité supérieure (corps) rétractée, à parois épaisses. Si cette déformation persiste des semaines et des mois, le col conserve à l'avenir ses dimensions prédominantes, exagérant la disposition qu'on désigne sous le nom d'état infantile de l'utérus ;

il s'y ajoute un certain degré de décollement de la muqueuse cervico-vaginale, qui laisse les culs-de-sac du vagin flottants et prolabés.

Une deuxième déformation est due à l'amaigrissement extrême par distension de l'isthme utérin, région intermédiaire au péritoine et au vagin, dépourvue des cercles de fibres musculaires que possède le museau de tanche, et, en plus, trouée de toutes parts par des artérioles et des veines, qui abordent l'utérus à ce niveau. Il se produit en ce point, comme sur un tube de caoutchouc rigide présentant sur son trajet une zone amincie et flasque, une inflexion à angle aigu du corps sur le col. La gêne circulatoire aidant, cette disposition s'accroît, devient définitive ; la partie sus-vaginale du col s'atrophie et s'étire tandis que le museau de tanche s'hypertrophie. Cela a été observé par M. Doléris.

Dans un autre éventualité, quand le corps est le siège de la rétention, il ne subit pas de déformation à cause de la résistance de ses parois, mais il augmente de poids, se fléchit, s'affaisse et la flexion se fait, dans ce cas, très près de l'insertion du vagin sur le col, de sorte que celui-ci est très court.

Les conséquences futures de ces déformations sont : difficultés de la menstruation, douleurs spasmodiques, cystocèle vaginale en rapport avec l'extension de la cloison utéro-vésicale, exagérée par la pression de l'utérus sur la vessie, ou bien prédisposition aux flexions postérieures.

2° *Prolapsus utérin*. — Il est fréquent et dû aux tiraillements que fait subir l'utérus hypertrophié et

alourdi par la masse inerte qu'il contient, à ses ligaments de suspension. D'autant que la mort de l'œuf ou son expulsion ayant interrompu l'effort nutritif qui dans la grossesse à évolution normale, influe aussi bien sur la musculature pelvienne tout entière que sur l'utérus lui-même, l'hyperplasie se maintient relativement sur la paroi de l'utérus, mais s'arrête sur les éléments musculaires qui le supportent et le soutiennent.

3° *Sub-involution*.— L'expulsion du fœtus surprend l'utérus à une période incomplète de l'évolution histologique, qui doit l'amener à une transformation importante de son tissu musculaire. Il en résulte un retard dans son involution qu'empêche également la présence du placenta. A cette hyperplasie utérine persistante, on a attribué les déviations utérines.

M. Pozzi dit : « La grande cause de l'antéversion réside dans les changements de structure de l'utérus après l'accouchement et l'avortement et dans une involution vicieuse amenée par une légère infection ; l'organe prend cette attitude quand il est encore malléable et la conserve parce que sa toxicité normale n'est pas revenue ; les adhérences péritonéales viennent enfin l'y fixer... Le poids d'une tumeur peut déterminer cette déviation... »

Dans la rétention prolongée du délivre, cette double condition, mollesse, pesanteur exagérée, est réalisée. Le même auteur explique d'identique façon la rétroversion en invoquant, en outre, le relâchement des ligaments utérins qui, par leur toxicité chez

la femme normale, ramènent toujours l'utérus dans son antéverson physiologique, lorsque la distension de la vessie l'en a écartée.

M. Doléris reconnaît que cette déviation tout en étant moins fréquente que les autres, car elle est souvent la cause et non la suite de l'avortement, trouve dans la rétention une excellente raison.

Quant aux flexions, antéflexion et rétroflexion elles sont dues, d'après E. Martin à l'absence d'involution suffisante de la paroi postérieure de l'utérus dans la première, de la paroi antérieure dans la seconde, sous l'influence de débris de membrane ou de placenta amenant une infection locale plus intense au niveau de leur implantation.

Un accident plus fréquent encore est la fausse métrite, caractérisée, en dehors de toute infection avérée, par l'augmentation de volume, la lourdeur, la sensibilité de l'organe, les pesanteurs et les maux de reins, la métrorragie.

« Il n'est pas de gynécologue qui n'ait reconnu dans ces cas la fréquence de l'hypertrophie utérine persistante, avec épaississement, infiltration, mollesse et atonie des parois, congestions passives, lourdeur, flux sanguin exagéré au moment du retour des règles et dans les périodes menstruelles ultérieures. » (Doléris).

Cet état nécessite une surveillance attentive et un traitement prolongé.

4° *Prolifération des débris de caduque et de placenta.* — La nappe déciduale restée adhérente se

fusionne avec la couche basale qui reste normalement après la délivrance et reconstitue la muqueuse utérine. Douée d'une grande activité de prolifération, elle s'hyperplasia et forme un revêtement bourgeonnant d'une exubérance pathologique d'où le nom d'endométrite déciduale.

C'est ainsi que cela se passe en dehors de toute infection : mais si la caduque est légèrement enflammée, l'affection est beaucoup plus sérieuse.

Le placenta adhérent est d'ailleurs le plus souvent enflammé, les adhérences étant le fait de l'endométrite contemporaine de la grossesse.

L'hémorragie est le symptôme prédominant de cette endométrite déciduale. Sur 325 curages utérins, Rabenau en compte 196 pour endométrite successive à une fausse couche.

Un accident plus rare, mais non contesté est l'organisation des débris placentaires retenus en polypes dits placentaires. Fehling leur attribue, ainsi qu'à la sub-involution, un rôle considérable dans l'étiologie des fibromes.

Ces polypes sont le plus souvent bénins ; mais outre qu'ils peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic préjudiciables, leur transformation possible en tumeurs malignes (déciduomes malins) a été prouvée par M. Cazin.

5° *Troubles salpingiens. Règles vicariées. Stérilité.* — Tout comme un fibrome, un polype, le placenta peut obstruer le conduit cervical et empêcher l'écoulement des règles ainsi que des sécrétions. C'est l'hématomètre.

On a vu dans le cas d'occlusion parfaite et de parois utérines très peu résistantes, la distension de la cavité utérine atteindre de grandes proportions, les conduits tubaires devenir perméables et le sang refluer dans le péritoine.

Cela est rare, mais l'hémosalpinx par reflux s'observe plus souvent. Il est généralement suivi de vraie salpingite, le sang étant pollué par les sécrétions utérines.

D'autres fois il y a suspension de la menstruation pendant plusieurs mois et à la place des règles on observe des fluxions périodiques : épistaxis, flux hémorroïdaire, etc., accompagnées de troubles nerveux.

La stérilité complète ce tableau : elle est due aux altérations de la muqueuse, aux modifications de la structure générale de la matrice, aux déformations, déviations, aux lésions des annexes produites par la rétention placentaire.

Il n'est donc pas vrai que la rétention prolongée du délivre abortif soit sans conséquence.

CHAPITRE III

Opinions des différents auteurs au sujet de la rétention prolongée. — Leur ligne de conduite.

Ces dangers possibles et même probables de la rétention de l'œuf abortif étant admis par tous, l'accord cependant ne s'est pas fait sur la conduite à tenir.

On peut réduire à trois le nombre des méthodes de traitement préconisées.

I. — *Expectation pure.*

Pour certains, l'avortement se fait presque toujours tout seul et en peu de temps; la rétention du délivre est le fait de dispositions anatomo-physiologiques invariables : elle peut donner lieu à quelques complications qu'on peut prévenir ou combattre avec succès par des moyens très simples, injections vaginales et intra-utérines, tamponnement, jusqu'au

moment où l'expulsion a lieu spontanément. Ils ne se préoccupent donc pas de la durée de la rétention, étant décidés à ne rien faire contre elle : si une complication se présente, ils la combattent de leur mieux et voilà tout.

II. — *Expectation mitigée.*

Pour d'autres, la rétention prolongée est également normale et physiologique et doit être respectée tant qu'elle n'amène pas d'accidents sérieux menaçant la vie de la femme : hémorragie ou septicémie. Ceux-ci déclarés, il faut vider immédiatement l'utérus.

Dans ce groupe on trouve des partisans d'une intervention si tardive et anodine qu'ils méritent d'appartenir au premier et par contre des interventionnistes hâtifs, résolus, qui pourraient prendre place dans le dernier.

III. — *Intervention préventive. — Prophylaxie des accidents.*

C'est la méthode de M. Doléris et de ses élèves. Elle a été adoptée par le Dr Misrachi de Salonique, pour qui la rétention prolongée est par elle-même, en dehors de tout accident, une complication dangereuse qu'il importe de supprimer, dès qu'elle est reconnue.

Aujourd'hui il n'y a plus à notre connaissance

d'expectants purs, la plupart étant devenus des interventionnistes conditionnels et l'on ne discute plus que l'opportunité de l'intervention dans le cas de rétention prolongée non compliquée.

Les partisans de l'attente dans ce dernier cas, qui seul nous occupe, invoquent pour expliquer leur inaction, que :

1° Le placenta adhérent continue à vivre dans l'utérus et résiste à la putréfaction.

Il faut avant de commencer la discussion noter que c'est la modalité la plus favorable à l'expectation, l'hémorragie n'étant à craindre qu'au moment de l'expulsion.

Cette doctrine de Pajot, M. Doléris l'a combattue dans son *Introduction à la pratique gynécologique* par les arguments suivants :

Théoriquement. — L'adhérence ne suffit pas à justifier l'idée de vie propre.

Physiologiquement. — La circulation fœto-placentaire est supprimée par l'expulsion du fœtus ; la circulation utéro-placentaire est notablement modérée par la rétraction des parois utérines.

Des zones mortes sont créées par le décollement partiel qui existe dans tout avortement, ainsi que l'hémorragie en témoigne, sans compter celles qui préexistent dans les placentas affectés de lésions primitives (apoplexie, stéatose) qui ont déterminé l'avortement.

Histologiquement. — Les placentas abortifs, examinés après rétention, présentent au microscope de

la dégénérescence des tissus, allant de la transformation colloïde à la désintégration granulo-graisseuse complète avec disparition presque entière des vaisseaux (Zinowieff, Doléris, Chaput, etc.).

Cliniquement. — On ne comprend pas pourquoi le placenta ne se putréfierait pas aussi bien que la caduque, cependant bien plus adhérente, le fait quand elle est retenue après l'accouchement à terme,

aussi bien que les polypes, les myomes cependant bien plus vascularisés et qui néanmoins sont capables de s'infecter et de tuer par septicémie,

d'autant que les caillots et le mucus retenus constituent un bon milieu de culture.

Et cependant, dans bien des cas, la septicémie n'apparaît pas au cours d'une longue rétention, après laquelle le placenta est expulsé sain d'apparence : c'est qu'alors la malade a bénéficié d'un concours heureux de circonstances favorables telles que : intégrité parfaite de l'utérus et des annexes avant la grossesse ; asepsie parfaite du conduit génital avant, pendant et après l'avortement ; absence de maladie infectieuse générale ; toutes conditions que le hasard seul peut réunir.

2° *Le placenta abortif peut être retenu indéfiniment sans danger, à condition que le milieu reste aseptique.* — Nous avons vu au chapitre consacré à l'étude des accidents lointains de la rétention qu'il n'en est pas ainsi.

Nous ne pouvons pas admettre non plus que l'hémorragie même à l'état de stillicidium, toujours

attachée à la présence de débris placentaires soit un accident immédiat sans importance, d'autant qu'elle peut devenir brusquement très abondante et fatale si on n'arrive à temps.

Un inconvénient moindre, mais nullement négligeable, est le repos au lit : les personnes aisées trouveront cette situation ennuyeuse si elle se prolonge plusieurs mois ; les personnes besogneuses ne la supporteront même pas quelques semaines. Les médecins de campagne ne trouveront pas le temps, malgré leur bon vouloir, d'irriguer leur cliente pendant si longtemps.

Enfin l'antisepsie rigoureuse, condition expresse de l'expectation, est difficile à réaliser dans la plupart des milieux autres que le milieu hospitalier. Il est vraiment dur de croire qu'on pourra éviter toute faute au cours de si nombreuses injections, qu'on s'astreindra par exemple à faire chaque fois une toilette vulvaire très soignée, qu'on fera barbotter régulièrement le col dans le liquide vaginal au moyen du doigt introduit au fond du cul-de-sac, bref qu'on recommencera de multiples fois les soins préliminaires d'une opération qu'on ne fait pas. Il le faudra néanmoins, pour déterger convenablement la muqueuse du conduit génital sans cesse souillée par les sécrétions des glandes du col, lesquels sont, comme leurs congénères de l'urètre postérieur chez l'homme, le refuge des microbes. Il paraît difficile, pour ce qui concerne les injections intra-utérines, qu'elles puissent désinfecter sûrement la cavité uté-

rine transformée par la rétention des caillots, membranes, débris placentaires et du mucus en cavité anfractueuse.

Léopold de Dresde leur conteste tout rôle prophylactique. Sa statistique est favorable à l'abstention de toute sorte d'injection et pour lui ce serait la meilleure manière de diffuser les germes pathogènes et de produire des semis infectieux dans les régions saines.

Steffeck a fait ressortir lui aussi la difficulté d'obtenir une désinfection complète.

Sait-on d'ailleurs s'il n'y a pas un microbisme latent, contemporain de la grossesse, dans l'ovaire, la trompe et le conduit génital.

On n'est donc jamais assuré contre l'infection d'autant que la plupart des avortements que l'on est appelé à traiter ont commencé au dehors et que beaucoup ont même été provoqués.

CHAPITRE IV

Avantages du traitement préventif.

Nous voyons que l'intervention préventive est rationnelle, même dans les cas les plus favorables à l'expectation. Nous allons montrer maintenant qu'il y a danger à attendre des indications pour effectuer le curage de l'utérus, ainsi que le veulent les interventionnistes conditionnels.

L'expectation armée comprenant des moyens tels que les injections vaginales et intra-utérines, le tamponnement n'est pas un abri sûr derrière lequel on puisse se retrancher.

Elle était cependant jugée suffisante en 1886, par Tarnier, M. Budin et son élève Genesteix, par MM. Pinard, Auvard, Gerbaux, Audebert, même contre les accidents avérés.

Aujourd'hui il la réserve seulement aux cas de rétention non compliquée.

Cette conduite est encore pleine de dangers.

I. — *On ne peut pas attendre l'infection confirmée.*

La fétidité des lochies, qui était le signal de l'intervention pour Pajot, outre qu'elle est inconstante au cours de certaines infections, prouve que « l'ennemi est déjà dans la place ».

C'est pourquoi avec Tarnier les accoucheurs ne lui accordent aujourd'hui aucune considération : ils préfèrent s'en rapporter à l'élévation de la température.

Or au début de l'infection, lorsque celle-ci est encore légère, l'hyperthermie est elle-même peu sensible et d'observation difficile parce que éphémère : elle survient sous forme d'accès vespéraux ou nocturnes, durant quelques heures à peine, pendant trois ou quatre jours, pour faire place ensuite à une fièvre grave et persistante. Mais à ce moment elle signifie que des produits microbiens abondants ont envahi le courant sanguin, et même, en supprimant le foyer infectant, on n'est plus sûr de guérir la malade. C'est donc encore là une indication dangereuse puisqu'on ne peut préjuger de la virulence ni de la rapidité de la pullulation microbienne.

II. — *On ne peut pas attendre une hémorragie grave.*

Le stillicidium, constant au cours de la rétention quelle que soit sa modalité, ne peut être traité par l'indifférence puisque, prolongé, il anémie la malade.

Le tamponnement dirigé contre l'hémorragie faible, permet une certaine dépense de sang qui s'accumule dans l'utérus ou imbibe le tampon : cette perte répétée n'est pas sans importance d'autant que le médecin n'arrive jamais au début de l'accident.

Enfin peut survenir une hémorragie brusque et telle que, l'intervention, pratiquée à temps pour sauver la malade, ne la garantit pas d'une anémie qui compromet sa santé pour de longues années.

S'il est donc prouvé qu'il y a danger à attendre avec les ressources de l'expectation armée, pourquoi différer une opération, qui, souvent, s'impose par la suite dans des conditions de difficulté et d'inefficacité qu'elle ne présente pas au début. Ainsi que le dit Misrachi, les médecins, qui en ont goûté, y reviennent avec plaisir, trouvant dans cette façon de faire une complète tranquillité pour eux-mêmes et la sécurité pour leurs malades.

CHAPITRE V

De l'intervention préventive.

L'idée de l'intervention préventive ne date pas d'hier. On prétend, d'après un passage d'Hippocrate, que le père de la médecine conseillait de hâter le travail et d'y aider résolument. A une période moins reculée nous pouvons réclamer le patronage de chirurgiens et d'accoucheurs éminents.

Parlant de la rétention de l'arrière-faix, Ambroise Paré conseille : « là où il ne se séparerait de soi-même et, demeurant dans la matrice, serait cause qu'il surviendrait plusieurs accidents à la mère... d'opérer et besongner de la main... pour éviter les accidents prédits », et il pratique le décollement et l'extraction manuelle.

Levret n'intervient que s'il y a putridité et hémorragie persistante, mais il reconnaît que l'hémorragie est surtout redoutable lorsqu'on est obligé d'abandonner à la nature le soin de se délivrer elle-même de la cause qui y a donné lieu et qui l'entretient. Il

considère les faux germes et la rétention du délivre comme des corps devenus étrangers.

C'est cette conception de l'œuf abortif, reprise par M. Doléris, qui rend rationnelle l'intervention précoce.

Antoine Petit est plus avancé : « Quand donc absolument on ne peut pas prévenir l'avortement, il faut accoucher promptement. »

Pour Smellie, le fait seul de la rétention prolongée est un motif suffisant d'intervention.

Mauriceau pensait de même.

Du côté des chirurgiens la réserve est plus grande ; à cette époque l'infection purulente accompagnait d'ordinaire toute intervention.

Cependant Velpeau dit : « Mais si les membranes restent après le fœtus ou l'embryon, comme elles forment la masse principale du produit, les accidents sont loin de cesser toujours. Alors on ne peut être tranquille qu'après leur expulsion complète et ce serait à tort qu'on négligerait de les extraire dès qu'il est possible de les saisir dans le vagin. »

Il est probable qu'à cette époque le nombre des interventionnistes précoces eût été plus grand, s'ils avaient été familiarisés avec la dilatation artificielle du col ; l'abaissement de l'utérus, qui rend l'intervention si aisée ; enfin et surtout s'ils avaient pu opérer en sécurité. Baudelocque pensait qu'il fallait entretenir la dilatation du col afin de pouvoir vider la matrice.

Enfin de compte l'opinion de tous ces grands

maîtres ne peut guère avoir qu'un intérêt historique. Pour parer à un mal dangereux on était obligé à cette époque de recourir à un moyen que des conditions mystérieuses, inconnues, faisaient plus dangereux encore et il faut savoir gré à Pajot d'avoir recommandé une sage expectation.

L'antisepsie, en assurant son innocuité, aurait dû, semble-t-il, faire prévaloir cette thérapeutique, qui supprime radicalement la source des accidents. Elle a, au contraire, fourni des arguments aux partisans de l'expectation, en leur donnant l'espoir de rendre l'intervention inutile.

En 1886, imitant l'exemple donné par les gynécologues étrangers depuis peu d'années, M. Doléris s'est appliqué par de nombreux mémoires et de fréquentes discussions à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, à faire adopter la pratique du curage utérin précoce contre l'endométrite septique post-partum et post-abortum en faisant remarquer qu'il serait rationnel de l'appliquer de façon préventive à la rétention placentaire, cause de cette affection.

Aujourd'hui la plupart des accoucheurs l'admettent comme traitement de l'hémorragie grave ou de l'infection avérée dès le début de ces accidents.

Il est permis de penser qu'ils ne sont pas éloignés de l'intervention pratiquée avant le début même des accidents.

Le Dr Misrachi confesse, dans son *Traitement de l'avortement* (1895, p. 226), son hésitation de la

première heure qui n'a pas résisté à l'expérience acquise dans la suite.

Et on peut lire dans un récent ouvrage : *Manuel pratique d'accouchement et d'allaitement* (1904) de MM. Budin et Demelin où ces maîtres ont résumé leur enseignement, qu'il faut accepter l'opinion de M. Maygrier et de son élève Lucas et intervenir en dehors de tout accident :

« Lorsque l'infection est imminente ou probable, lorsqu'on n'a pu prendre au préalable toutes les précautions antiseptiques et qu'on n'a pu assister au début de l'avortement, lorsqu'on a des soupçons sur la possibilité de manœuvres criminelles, lorsqu'il s'agit d'un avortement gémellaire » (car les observations de Maygrier et Demelin montrent en effet combien sont fréquents et graves les accidents de rétention en pareil cas), « l'expectation est permise quand tout danger d'infection paraît éliminé, par le fait des soins dont on a entouré la patiente dès le début de la fausse couche, quand la femme peut rester au lit longtemps. Et encore n'est-on jamais sûr que l'infection ne viendra pas, et encore moins que l'expulsion spontanée de l'arrière-faix ne se fera pas avec une hémorragie qui peut être soudaine et formidable... Etant donnée l'innocuité du curage digital bien exécuté, mieux vaut intervenir aussitôt que possible. »

On voit par cet exposé que, d'après ces auteurs, il n'y a à peu près pas d'indication à l'expectation.

Il est raisonnable de penser en présence des avantages attachés à l'intervention préventive, qu'il faut qu'elle soit dangereuse pour qu'on n'y recoure que si on y est contraint. Or si notre intention est de préconiser certains modes opératoires, du moment que l'avulsion du délivre abortif est pratiquée, nous nous déclarons satisfait. Il semble même préférable d'être éclectique dans le choix des moyens, suivant la modalité de la rétention.

Nous rappelons d'abord que le délivre peut être extrait dès que la série des actes expulsifs est terminée, ce qui se traduit par la cessation des contractions utérines : à partir de ce moment la rétention est pathologique. Il ne faut pas attendre qu'il se soit écoulé un certain nombre d'heures, six heures, vingt-quatre heures suivant les auteurs ; comme l'a dit Pajot : « l'avortement n'est pas une affaire d'horlogerie ».

Le placenta est-il entièrement décollé, affleure-t-il l'ouverture du col ? on ne peut résister à la tentation de le saisir avec les pinces fenêtrées spéciales de Doléris, après s'être mis en mesure, bien entendu de pratiquer sur-le-champ, le curettage, si besoin est. Dans ce cas l'usage des pinces, que l'on a pu accuser d'exposer à la perforation lorsqu'on s'en sert pour le décollement, ne présente évidemment aucun danger.

Un autre procédé, excellent également, est l'expression manuelle du placenta ainsi qu'elle est pratiquée dans le service de M. le professeur Budin ;

deux doigts de la main droite placés dans le cul-de-sac vaginal postérieur compriment l'utérus de bas en haut et d'arrière en avant pendant que la main gauche appliquée au-devant de l'hypogastre redresse l'utérus et le comprime en sens inverse : le placenta est expulsé, comme un noyau de fruit serré entre les doigts. Mais il n'est pas toujours applicable, quand, par exemple, la paroi abdominale est tendue ou très adipeuse ; quand le col, tout en étant dilaté largement, garde sa forme longue et étroite, ce qui arrive chez les femmes à col hypertrophique et scléreux.

Le placenta est-il adhérent en partie ou en totalité ? il faut avant de l'extraire achever le décollement. Dans ce cas il nous semble que le curage digital est très malaisé ; la main de l'opérateur ne saurait évoluer facilement dans le vagin qui, si extensible soit-il, n'en réagit pas moins du fait même de son élasticité ; c'est une opération assez longue exposant à une perte de sang notable ; elle réclame la chloroformisation.

L'emploi des pinces, plus commode pour l'opérateur, a le grave tort d'avoir pu produire des perforations : n'y aurait-il qu'un cas de mort, cela suffit pour qu'on lui préfère d'autres moyens.

Il reste l'écouvillonnage et le curettage.

L'écouvillonnage ne convient qu'aux cas de rétention des membranes qui s'enroulent autour de lui comme les toiles d'araignée autour des balais dits têtes-de-loup.

Il est impuissant à arracher les débris placentaires

et cède le pas au curettage que d'ailleurs il doit suivre et compléter.

Le curettage est entré largement dans la pratique des gynécologues, mais il n'a guère la faveur des accoucheurs. On lui a fait des reproches que nous n'avons pas à discuter ici, car si l'emploi de la curette mousse à grande boucle de Doléris, permet d'éviter la perforation, l'écouvillonnage qui, à notre avis, doit terminer l'opération, la complète heureusement.

Quant à ses avantages, ils sont : extraction plus complète, plus sûre, plus rapide, plus aisée qu'avec les autres procédés, perte de sang moindre, douleur insignifiante et par suite inutilité de la chloroformisation.

Voici comment procède M. Doléris dont nous empruntons la technique.

Nous ne jugeons pas utile de décrire les préliminaires de l'intervention : Asepsie des mains de l'opérateur, des instruments, du champ opératoire ; ils sont les mêmes que pour toute autre. Nous rappellerons seulement que pendant l'injection vaginale qui doit dépenser au moins trois ou quatre litres de liquide, il est nécessaire de frotter la muqueuse du vagin avec un doigt promené successivement sur tout le pourtour du canal, ainsi que dans les culs-de-sac.

La malade étant mise dans la position obstétricale dorsale, les cuisses écartées et fléchies sur l'abdomen, le col abaissé, on procède à la dilatation

extemporanée avec les bougies de Hégar à moins qu'on n'ait pu la veille placer une ou deux laminaires : dans ce cas il ne reste qu'à achever la dilatation par le passage des grosses bougies.

On se gardera d'employer les dilatateurs à branches, capables de provoquer la rupture du col.

Dans les cas où le col résiste on le fend de chaque côté jusqu'à l'orifice interne inclus, quitte à le réparer après le curettage par quelques points de suture au catgut.

On passe ensuite au curettage. Il faut répudier la petite curette étroite et tranchante utilisée dans la plupart des services de chirurgie. C'est un instrument dangereux pour des utérus ramollis par la gestation, et responsable des accidents imputés bien à tort à la méthode. Une bonne curette doit être large, fenêtrée, mousse et arrondie : à la condition d'avoir une grande boucle, elle peut être tranchante sans inconvénient. On l'introduit dans l'utérus et on la promène successivement sur ses parois ; sans attendre que l'on perçoive le cri utérin.

On continue le nettoyage par l'écouvillonnage avec un écouvillon imbibé d'une solution glycéro-créosotée à 1 pour 10.

Enfin on termine par une injection intra-utérine au sublimé à 1/5 pour 1000 pratiquée avec la sonde dilatatrice de Doléris.

Pour assurer l'asepsie permanente de la cavité utérine, on laisse à demeure une mèche de gaze imbibée d'un mélange glycéro-iodoformé à 10/100,

qu'on enlève au bout de quarante-huit heures et qu'on ne remplace pas.

Le vagin sera également tamponné avec de la gaze iodoformée sèche et faiblement tassée.

**Observations prises dans le service de M. Doléris
à l'hôpital Boucicaut.**

OBSERVATION I

M^{me} G..., 36 ans. A fait déjà :

Un premier avortement de 6 semaines à la suite d'un effort ;

Un deuxième avortement de 3 mois ;

Un troisième avortement de 5 mois avec fœtus macéré et a accouché prématurément au bout de 7 mois, d'un garçon mort-né.

Les dernières règles datent du 15 janvier 1904.

Le 30 avril elle fait une longue course en voiture et se sent très cahotée.

Le 1^{er} mai quelques douleurs légères apparaissent, qui se continuent dans la journée suivante.

Le 3 mai elle perd de l'eau de teinte rosée.

Le 4, les douleurs deviennent plus fortes et s'accompagnent de pertes rouges. Cet état persiste jusqu'au moment où la femme est amenée dans le service de M. Doléris le 8 mai.

L'examen révèle un utérus petit ; pas de perte ; la température est de 38 degrés.

Le 10 mai, quoique la température soit retombée depuis la

veille et l'avant-veille au soir aux environs de 37 degrés, le curetage est pratiqué et ramène des débris placentaires.

La température ne dépasse pas les jours suivants 37°6 et la guérison est définitive.

OBSERVATION II

M^{me} D..., 38 ans, a amené à terme trois grossesses qui se sont terminées par l'accouchement spontané.

Dernières règles du 26 au 28 février 1904.

Le 14 mars la malade perd légèrement pendant une journée : tout rentre dans l'ordre jusqu'au 6 mai.

Ce jour-là à six heures du matin surviennent des douleurs qui, au bout d'une heure, aboutissent à l'expulsion de caillots et de l'embryon.

Depuis lors la perte continue. On amène la malade le 8 mai à 3 heures du soir.

On constate que son utérus remonte à trois travers de doigts au-dessus du pubis ;

Que l'ouverture du col, égale à une pièce de un franc, permet au doigt d'arriver sur le placenta. La température est de 37°3.

Néanmoins on fait l'extraction, à l'aide de la pince à faux germes, de débris affleurant l'orifice du col.

Le 10 mai le curetage ramène des débris de la caduque.

La température le soir de l'opération atteint 38 degrés, mais retombe pendant la nuit à 37 degrés pour y rester les jours suivants. Guérison.

OBSERVATION III

M^{me} J.... 37 ans, a déjà eu quatre grossesses dont les trois premières ont duré le temps normal, dont la quatrième s'est terminée à quatre mois par un avortement.

Ses dernières règles datent du 8 au 10 novembre 1904 : les mouvements actifs du fœtus sont perçus le 2 mai.

Les douleurs commencent le 6 mai à 4 heures du matin ; elle entre à la salle de travail le lendemain à 1 heure 1/2 du matin et à ce moment l'ouverture du col a les dimensions d'une pièce de 2 francs ; elle est complète une heure après.

La rupture des membranes se fait d'une façon tempestive et laisse écouler un liquide amniotique normal.

Le fœtus est expulsé spontanément au bout de cinq minutes, après une période de travail qui a duré vingt-deux heures ; et avec une perte de sang normale.

A 3 heures 1/4 du matin, c'est-à-dire moins d'une heure après la sortie fœtale le placenta se présente par la face fœtale et la délivrance se fait toute seule, mais les membranes manquent complètement.

En présence de cette rétention quoique la température soit à 37°2 on pratique immédiatement le curettage et l'écouvillonnage qui ramènent les membranes.

La température se maintient les jours suivants entre 37° et 37°5, et la guérison est définitive.

OBSERVATION IV

M^{me} C..., 23 ans, est enceinte pour la première fois et de quatre mois quand le 4 mai 1904 elle prend un purgatif.

Le 6 mai à 2 heures de la nuit elle éprouve de petites douleurs et trois heures après perd abondamment des caillots, ce qui fait qu'à 11 heures elle est amenée à l'hôpital : on pratique le toucher qui révèle l'utérus en antéversion (le cul-de-sac antérieur est supprimé) le col reporté très en arrière et entr'ouvert. L'utérus remonte à cinq travers de doigt au-dessus du pubis.

On donne à la femme des soins antiseptiques ; on lui fait le tamponnement vaginal sa température est de 37°8.

Les douleurs persistent toute la journée. A 8 heures 45 du soir a lieu l'expulsion spontanée d'un fœtus pesant 150 grammes, aussitôt suivie de la sortie du placenta d'un poids un peu plus élevé que celui du fœtus. La caduque manque en grande partie.

Le lendemain matin extraction par le curettage de débris de caduque et de placenta.

La température oscille les jours suivants entre 37°2, et 37°8, pour retomber une semaine après à 37 degrés.

Il est probable que dans ce cas particulier, en raison des oscillations de la température atteignant 6/10 de degré, l'infection se fût déclarée peu après, si l'intervention n'avait pas eu lieu.

OBSERVATION V

M^{me} R..., 22 ans, compte parmi ses antécédents un accouchement prématuré à sept mois, qui s'est produit trois jours après un ictère catarrhal d'origine émotive.

Ses dernières règles datent du 1^{er} au 7 février 1904.

Au bout de trois mois de grossesse elle fait un effort et trois jours après, consécutivement à des douleurs très vives dans le bas ventre et des pertes légères, expulse un œuf incomplet.

Cette expulsion est suivie d'hémorragies abondantes qu'elle soigne à domicile par des injections chaudes.

A son entrée à l'hôpital le 1^{er} mai, sa température est à 37°4, son pouls à 88. L'utérus est gros, le col ouvert, une partie du placenta sort par l'orifice utérin.

On pratique le curettage et l'écouvillonnage.

La température reste les jours suivants entre 36° et 37°2.

OBSERVATION VI

M^{me} J... a été opérée en 1901 pour un kyste de l'ovaire. Elle a déjà eu deux grossesses, la première menée à terme et terminée par un accouchement spontané, la deuxième interrompue à trois mois par un avortement suivi d'un curettage fait à l'hôpital.

Cette femme se présente le 20 février 1904 à la consultation de Boucicaut, n'ayant pas eu ses règles depuis le 8 novembre dernier. On constate une grossesse de trois mois environ.

Elle se représente neuf jours après perdant un peu de sang ; le col est long mais ouvert. Elle déclare ne pas vouloir d'enfant et l'on comprend qu'elle a dû se livrer à des manœuvres abortives.

Elle rentre le lendemain dans le service. On lui administre deux lavements laudanisés par jour : la perte cesse pendant trois jours mais reparaît et devient plus abondante.

Le 7 mars. — La température s'élève à 38°2, en même temps que se déclare une légère grippe. Le 10 mars tout rentre dans l'ordre.

14. — La perte reparaît, devient par moments abondante ; le col est toujours long.

25. — L'orifice interne du col est perméable et la perte très abondante : 600 grammes de caillots sont expulsés.

26. — A cinq heures du matin le poulx atteint 120 pulsations, la face est pâle et les lèvres décolorées. On se décide alors à consommer l'avortement ; on extrait l'embryon avec la pince à faux germe, ainsi que le placenta : on termine par le curetage et l'écouvillonnage ; on injecte, une fois l'opération terminée, 500 grammes de sérum, et on administre 1 gramme de quinine.

A ce moment la température est à 36°8. Pendant les treize jours qui suivent elle présente des oscillations atteignant 8 dixièmes de degré et même un degré, entre 37° et 38° : il est vrai qu'à ce moment-là la malade est atteinte de diarrhée intermittente et que la température tombe en même temps que la diarrhée cesse sous l'influence du traitement.

L'intérêt de cette observation réside en ce fait que la méthode préventive est appliquée ici dans toute sa rigueur, puisque l'avortement étant inévitable, on le brusque, afin de parer à l'éventualité probable d'infection, qui est attachée d'une façon courante à la provocation criminelle.

OBSERVATION VII

M^{me} L..., 37 ans, exerce depuis deux mois la profession de femme de ménage. Elle est obligée de frotter les parquets et elle attribue à la fatigue que lui occasionne ce travail auquel elle n'est pas habituée, sa récente fausse couche.

Elle a déjà accouché à terme et spontanément de deux enfants vivants : tout s'est bien passé pendant la première fois : après le deuxième accouchement elle a été délivrée incomplètement et a eu de ce chef, quatre jours après, une abondante hémorragie.

Elle est réglée pour la dernière fois du 15 au 19 décembre 1903.

Le 22 février, elle commence à perdre du sang et cela dure trois jours.

Le 2 mars l'hémorragie reprend et se termine par l'avortement.

Elle entre le 4 au soir dans le service, avec des pertes assez abondantes. A l'examen on trouve un col volumineux, assez ouvert, et le toucher reconnaît des débris placentaires.

Le 6 mars au matin, la température atteint 37°9. On pra-

tique le curettage qui ramène du pus et des débris placentaires.

On fait ensuite l'écouvillonnage, l'irrigation intra-utérine, le pansement du vagin. La température retombe à 37°2, et la guérison est définitive.

On voit par cette observation que la présence du pus n'est révélée que par une hyperthermie insignifiante, et que souvent l'intervention préventive n'est que l'intervention précoce telle que l'admettent les expectants conditionnels eux-mêmes, tant il est difficile de devancer les complications.

OBSERVATION VIII

M^{me} C..., 30 ans, a un passé génital dont voici le bilan :

Quatre grossesses avec enfants venus à terme et vivants.

Une fausse couche entre la troisième et la quatrième.

Et depuis cinq fausses couches dont celle-ci, se produisant au deuxième, troisième, quatrième mois.

Dernières règles du 12 au 17 février 1904.

Elle souffre du ventre depuis le 20 mars, jour où elle a perdu un gros caillot, une heure après le début des douleurs. Elle continue à perdre jusqu'au jour où elle entre à la Maternité, 31 mars 1904.

A l'examen, le col est entièrement ouvert et l'utérus paraît un peu gros.

On ramène par le curettage pratiqué aussitôt, les pertes n'ayant pas cessé, un placenta complet.

Ecouvillonnage, tamponnement intra-utérin et vaginal, compresse d'alcool térébenthiné sur le ventre et quinine.

La température ne dépasse jamais 37°5 et la malade sort cinq jours après sur sa demande.

OBSERVATION IX

M^{me} S..., 33 ans, est une multipare qui compte à son actif :

Première grossesse à terme avec enfant vivant ;

Deuxième grossesse à terme avec enfant vivant ;

Troisième avortement de trois mois, suivi de laparotomie.

Quatrième grossesse à terme, enfant vivant ;

Cinquième grossesse à terme, enfant vivant ;

Sixième grossesse à terme avec hémorragie pendant la délivrance.

Elle est enceinte pour la septième fois d'environ deux mois quand le 15 mai 1904 à 2 h. 30 du soir, elle est amenée en ambulance dans le service de M. Doléris; elle perd depuis le matin de gros caillots de sang.

On l'examine : la malade perd encore assez abondamment ; l'utérus est gros, mais moins que pour une grossesse de deux mois ; le col est ouvert et le toucher montre que l'utérus est rempli de caillots.

On donne des injections chaudes qui arrêtent très rapidement l'hémorragie. La température est de 37°8. On pratique le curettage qui ramène des débris placentaires.

A la suite de l'opération, la température tombe à 37 degrés et

se maintient les jours suivants entre 37° et 37°5 : la guérison se poursuit sans incidents.

Ici le curettage est dirigé contre un retour possible de l'hémorragie, arrêtée momentanément par les injections chaudes.

OBSERVATION X

M^{me} D..., 34 ans, est enceinte pour la onzième fois. Jusqu'à ce jour, elle a mené à terme huit grossesses et a avorté deux fois : une première fois à cinq mois, une seconde à trois mois.

Ses dernières règles datent du 5 au 10 janvier 1904.

En février et mars elle perd à l'époque correspondant à ses règles un liquide rosé. De même en avril.

En mai, nouvelle perte analogue qui se prolonge jusqu'au 26. Ce jour-là elle perd vraiment en rouge et expulse des caillots. L'hémorragie est si surabondante qu'on l'amène à l'hôpital où elle est curetée aussitôt : on extrait le délivre et l'hémorragie cesse. La température a toujours été normale.

OBSERVATION XI

M^{me} H..., 29 ans, est depuis cinq ans enceinte chaque année. Ses quatre premières grossesses se continuent jusqu'au terme normal.

Elle est enceinte pour la cinquième fois depuis deux mois et demi quand le 13 août 1905, elle expulse chez elle une partie de l'œuf. Depuis lors elle perd presque constamment du sang et se décide pour ce motif à entrer dans le service le 5 septembre.

Le jour même de son arrivée on introduit des lamineurs dans son col et le lendemain on la curette, quoique sa température soit normale.

L'hémorragie ne reparait plus, la température reste normale et la guérison est assurée.

OBSERVATION XII

M^{me} B..., 23 ans, a accouché une première fois à terme.

Elle est enceinte de deux mois et demi environ, quand elle se fait chez elle une injection dans le col avec une petite canule en os.

Le 8 décembre 1905 elle a une perte rouge suivie de douleurs utérines.

Le 9 au matin elle expulse un embryon et du placenta ?

Elle entre dans le service le 12 à 10 heures du soir. La température est normale, mais l'utérus dépasse le pubis de deux travers de doigt et le col est perméable.

Toute la soirée la malade souffre du ventre ; on la curette le jour même et on extrait de nombreux débris placentaires et membraneux.

Ecouvillonnage, injection intra-utérine. Gaze iodoformée dans le vagin. Guérison.

Nous pourrions multiplier ces relations de curage utérin pratiqué contre la rétention post-abortive de débris de l'œuf, avant que l'hémorragie soit grave ou l'infection déclarée.

Nous craignons que, en raison de leur uniformité, elles ne présentent un médiocre intérêt : nous désirons simplement, en rapportant ces observations, prises au hasard parmi une foule d'autres, montrer avec quelle promptitude et quelle rigueur l'avortement incomplet est traité dans le service de M. Doléris.

CONCLUSIONS

La fréquence de l'avortement, exagérée de nos jours, s'explique en partie par la provocation criminelle.

Il faut tenir compte de cette étiologie dans le traitement de la rétention prolongée du délivre post-abortif, et vider préventivement l'utérus, soit pour éviter l'infection probable, soit pour épargner à la femme une perte de sang qui n'est pas indifférente, et des troubles de statique utérine.

L'expectation armée ne garantit pas contre ces accidents.

L'intervention précoce, pratiquée au début de ces accidents, ne les guérit pas toujours.

L'intervention préventive offre le maximum de sécurité.

Elle a pour objet l'extraction systématique de l'œuf abortif retenu, dès que l'acte expulsif a cessé.

Elle est éclectique dans le choix des moyens et s'adresse, suivant les cas, à l'expression manuelle, à l'avulsion avec les pinces fenêtrées, à l'écouvillonnage et au curettage.

Le curettage, pratiqué avec une curette à large

boucle, ne présente pas de danger ; il offre sur les autres procédés l'avantage d'être toujours efficace. Suivi de l'écouvillonnage il réalise un nettoyage complet et radical.

L'expérience de M. Doléris confirme les avantages du traitement préventif.

Vu : le Président de la thèse,
BUDIN

Vu le doyen :
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

BIBLIOGRAPHIE

- DOLÉRIS. — Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, février 1905.
- Conduite à tenir dans l'avortement. Nouvell. Arch. d'obst. et gynéc. 1885,
- POZZI. — Traité de gynécologie, 1897.
- MARTIN (E.). — Die Neigungen und Beugungen des Uterus. Berlin, 1870.
- DOLÉRIS et PICHEVIN (J.-A.). — Introduction à la pratique gynécologique. Paris, 1896, 1^{er} fascicule.
- FEHLING. — Würtemb. med. Corr. Blatt., 1887, n° 3.
- BUDIN. — Communication à l'Académie de médecine, 25 novembre 1886.
- AUVARD. — Gazette hebdomadaire, 12 novembre 1886.
- GERBAUX. — Thèse d'agrégation, Montpellier, 1886.
- AUDEBERT. — De l'intervention dans l'infection puerpérale post-abortive.
- PARÉ (A.). — Des causes qui font demeurer l'arrière-faix. Ed. Malgaigne, 1840.
- SMELLIE. — Traduction de de Prévile. MDCCLVI, t. II.
- MISRACHI. — Traitement de l'avortement, 1895.
- BUDIN et DEMELIN. — Manuel pratique d'accouchement et d'allaitement, 1904.
- DOLÉRIS. — De l'avortement provoqué brusqué. Semaine médicale, 5 septembre 1900.